

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 Janvier 1892, à 1 heure

Par PIERRE MARTIN,

Né à Vannes (Morbihan), le 5 août 1864,

Ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph et de l'hôpital Bon-Secours (Paris).

DU

PYOTHORAX SOUS-PHRÉNIQUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : M.M. { DEBOVE, professeur.
QUINQUAUD et CHANTEMESSE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

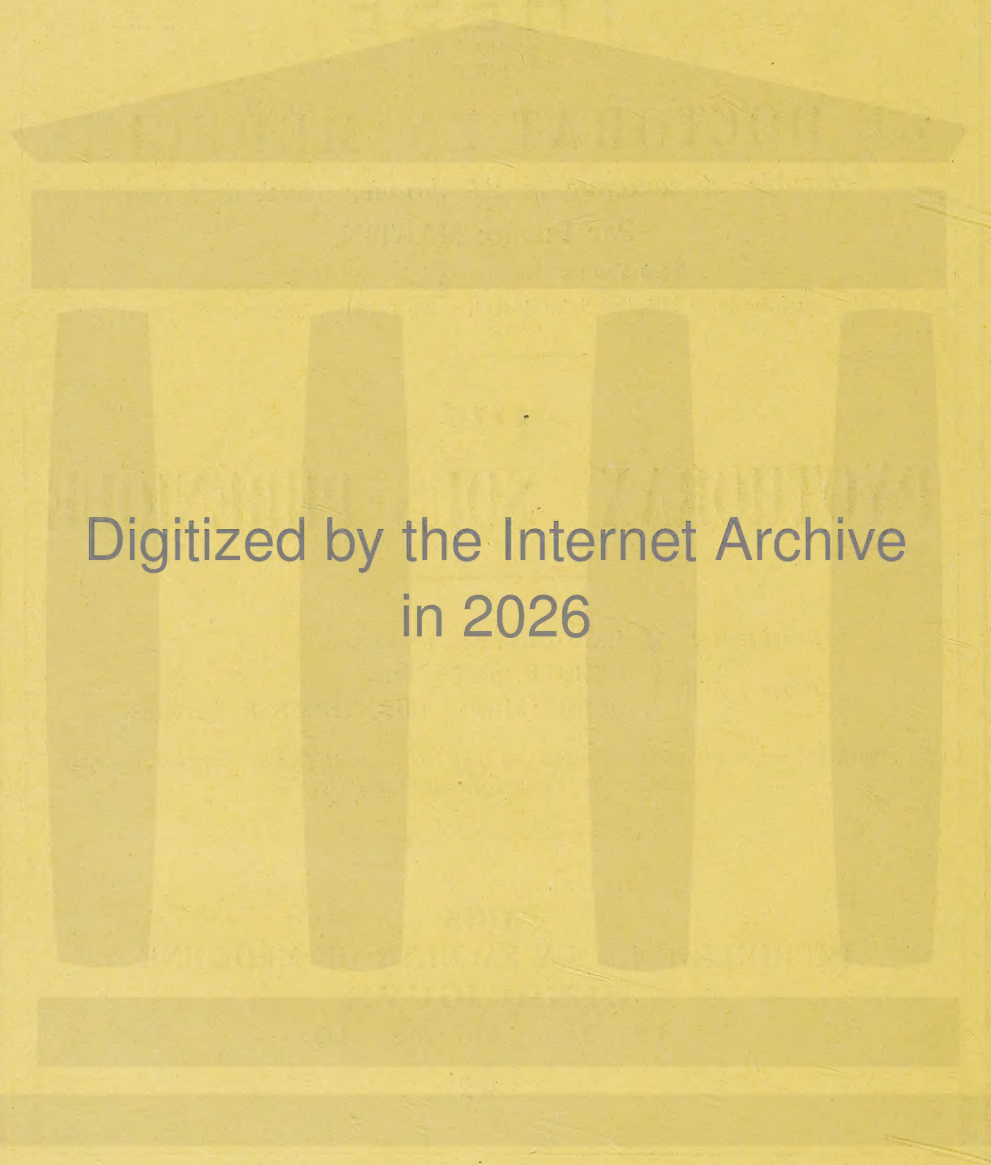
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 Janvier 1892, à 1 heure

Par PIERRE MARTIN,

Né à Vannes (Morbihan), le 5 août 1864,

Ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph et de l'hôpital Bon-Secours (Paris).

DU

PYOTHORAX SOUS-PHRÉNIQUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
QUINQUAUD et CHANTEMESSE, agrégés.*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILIAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....	REGNAULD.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBENE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BAILL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LE DENTU.
	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. A. RICHET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENIL.	VILLEJEAN
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WFISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	BETTERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES SŒURS.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANCEREAUX,

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE BEC,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TISNÉ,

Médecin de l'hôpital de Bon-Secours.

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE,

Médecin de l'hôpital de la Charité,

Officier de la Légion d'honneur,

Membre de l'Académie de Médecine.

INTRODUCTION

Le pyothorax sous-phrénique est une affection des plus rares; si l'on ajoute à cela l'obscurité de ses symptômes et les difficultés énormes de son diagnostic, on comprendra que son histoire clinique ait pu rester si longtemps dans l'ombre. Les travaux de Leyden ont ouvert la voie; c'est lui qui a donné à cette affection sa physionomie spéciale, et a contribué à en faire une véritable entité morbide. Au point de vue spécial de sa confusion fréquente avec les épanchements pleuraux, cette affection présente le plus haut intérêt; c'est la raison qui nous a déterminé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

La description de Leyden vise surtout l'abcès gazeux sous-phrénique, ou faux pyopneumothorax, dont les élégants symptômes, comme il les appelle, l'avaient particulièrement attaché. C'est à peine s'il accorde une courte mention à la variété d'abcès sous-phrénique dont le contenu est simplement purulent. Tout en maintenant la distinction, nous réunirons dans un travail d'ensemble ces deux variétés, en donnant à chacune la part qui lui convient.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre reconnaissance à M. le docteur Tissier et à notre

excellent ami M. J. Renaut, interne des hôpitaux, dont les conseils nous ont été si utiles pendant la préparation de cette thèse.

Nous remercions également M. le docteur Tisné de l'extrême bienveillance qu'il n'a cessé de nous montrer pendant l'année que nous avons passée dans son service.

M. le professeur Laboulbène a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse; nous sommes heureux de lui en témoigner toute notre gratitude.

HISTORIQUE

L'histoire du pyothorax sous-phrénique peut se diviser en deux périodes : dans la première, nous devons faire entrer nombre de cas dus aux hasards de l'autopsie et publiés à titre de curiosités anatomo-pathologiques, mais dont l'histoire clinique restait à faire. La communication de Leyden (1879) ouvre la deuxième période. C'est lui qui le premier trace l'histoire des abcès sous-phréniques, en étudie nettement les symptômes et la pathogénie et fait de cette affection une véritable entité morbide.

Avant lui, la première publication connue remonte à Wintrich (1). L'autopsie fit découvrir sous la moitié gauche du diaphragme une grande cavité remplie de gaz, de pus et de débris alimentaires. Cette cavité communiquait avec l'estomac.

Vinrent ensuite Bouchaud (2) 1862, Rigal (3) 1874, Néadon et Pfuhl (4) 1877, ce dernier appartenait à la clinique de Leyden; croyant avoir affaire à une pleu-

(1) Wintrich. — In Virchow's Handbuch der Path. und Therap. der respir. Organe, 1854, p. 358.

(2) Bouchaud. — Bulletin de la Société anatomique, 1862, p. 309.

(3) Rigal. — Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1874.

(4) Pfuhl. — Berlin, Klin. Wochens, 1877, p. 157.

résie droite, il pratiqua une ponction à l'aide de l'aspirateur Potain.

Citons encore Levison (1) en 1876 et Eisenlohr (2), en 1877, le premier, d'après Scheurlen, qui ait fait le diagnostic pendant la vie du malade.

Enfin, en 1878, Sanger (3) et Bernheim (4) publient chacun un cas d'abcès sous-phrénique dont le diagnostic ne fut établi qu'après la mort du malade.

Comme on le voit, jusqu'à Leyden, une fois seulement l'affection fut reconnue autrement qu'à l'autopsie.

Mettant à profit sa longue expérience, l'auteur allemand indique une série de symptômes permettant de reconnaître l'abcès sous-phrénique du vivant du malade, et apporte à l'appui de sa thèse l'observation de trois cas personnels diagnostiqués par lui pendant la vie. Depuis, les observations se sont multipliées ; mais quelle qu'ait été la précision de sa méthode, nous devons reconnaître que bien rarement son application a été couronnée d'un plein succès.

Nous citerons parmi les dernières publications l'excellente clinique de M. le professeur Jaccoud (5) 1883, sur les abcès sous-phréniques, la thèse du docteur H. Deschamps sur la péritonite périhépa-

(1) *Levison*. — Nordiskt medicin. Archiv., 1876.

(2) *Eisenlohr*. — Berlin, Klin. Wochens, 1877, p. 539.

(3) *Sanger*. — Arch. f. Heilkunde, 1878, p. 246.

(4) *Bernheim*. — Revue médicale de l'Est, 15 décembre 1878.

(5) *Jaccoud*. — Cl. de la Pitié, 1883-84.

tique enkystée (1) 1886, les travaux de Scheurlen (2) 1889, et de Nowack (3) 1891, et enfin la thèse du docteur Ramadan 1891 sur le pyopneumothorax sous-phrénique. Nous trouvons dans cette dernière un cas remarquable d'abcès sous-phrénique diagnostiqué pendant la vie, par M. Debove, et guéri à la suite d'une intervention opératoire.

(1) *H. Deschamps*. — De la Péritonite périhépatique enkystée, 1886.

(2) *Scheurlen*. — Charité Annalen, 1889.

(3) *Nowack*. — Schmidt's Jahrbücher, 1891, nos 10 et 11.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans la majorité des cas, le pyothorax sous-phrénique est consécutif à un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum.

La statistique la plus récente, publiée par Nowack (1891), donne les résultats suivants :

Ulcères de l'estomac ou du duodénum.	32
Kystes à échinocoques	8
Typhlite.....	8
Endo et périmérite purulente.....	3
Lithiase biliaire	3
Traumatisme	5
Carcinomes de l'estomac et de l'œso- phage.....	3
Abcès de la rate.....	3
Périnéphrite.....	3
Dysenterie.....	1
Pneumonie.....	1
Caverne tuberculeuse.....	1
Causes inconnues.....	9

Ulcères de l'estomac et du duodénum.

Comme on le voit, plus d'un tiers des cas se rapportent à des ulcères de l'estomac et du duodénum.

L'auteur juge inutile de séparer dans sa statistique ces deux dernières variétés, donnant pour raison que la pathogénie est la même dans l'un et l'autre cas. L'ulcère duodénal, en effet, a son siège constant dans la première portion du duodénum, au dessus de l'ampoule de Vater, c'est-à-dire dans un endroit où les sucs biliaires n'ont pas encore neutralisé l'acidité du suc gastrique.

Il est à remarquer que l'ulcère duodénal et l'ulcère siégeant dans le voisinage du pylore donnent lieu à des collections purulentes situées sous la moitié droite du diaphragme. Tout autre ulcère de l'estomac donnera naissance à un abcès sous-phrénique gauche.

Devons-nous admettre qu'une perforation soit nécessaire pour expliquer la production de collections purulentes au voisinage de ces organes ? Nous ne le pensons pas.

On sait que les ulcères de l'estomac et du duodénum déterminent une inflammation adhésive qui, au moment de la rupture, protège les organes abdominaux contre l'épanchement des matières contenues dans ces viscères. Ces péritonites séro-adhésives peuvent, dans certains cas, devenir le siège d'épanchements plus ou moins abondants, sans qu'il y ait perforation : « Tout semble démontrer, dit Scheurlen (*Charité*

Annalen, 1889), que cette perforation n'est pas nécessaire, nous ne l'avons, en effet, rencontrée que dans le plus petit nombre des cas, ce qui nous porte à donner à ces collections purulentes une origine purement microbienne. » Reste la question du faux pyo-pneumothorax ; ici l'intervention d'un nouveau facteur. l'épanchement gazeux, semble plaider victorieusement en faveur d'une perforation ; dans un grand nombre de cas, en effet, l'abcès gazeux s'est trouvé coïncider avec une perforation stomacale ; mais il en est d'autres, aussi nombreux peut-être, où cette perforation n'existait pas ; tels sont les cas de Bernheim et de Graziadel, cités par Ramadan (*Thèse de Paris*, 1891), dans lesquels l'estomac et le duodénum parurent à l'autopsie absolument intacts. Pour expliquer ces faits, deux hypothèses sont en présence, celle d'une obturation précoce de la perforation, et celle d'un développement gazeux spontané, résultant de la fermentation putride des produits de l'abcès. Nous croyons même pouvoir nous en tenir exclusivement à cette dernière, dans les cas où l'autopsie la plus minutieuse n'a pu révéler la moindre cicatrice permettant de penser à une perforation antérieure. Dans le cas de Bernheim, où le diagnostic ne fut établi qu'à l'autopsie, l'abcès sous-phrénique s'était ouvert dans les bronches et, vingt-quatre heures avant sa mort, le malade avait rendu par vomique environ 200 grammes de pus. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva au dessus du foie une poche remplie d'air, mais renfermant très peu de pus. Il nous paraît très

admissible que, dans ce cas particulier, l'épanchement gazeux ait eu une origine pulmonaire, et nous sommes tout disposé à croire que, dans bon nombre de cas, cette complication ait pu déterminer en grande partie, sinon en totalité, la production de gaz dans la cavité péritonéale.

D'après Leyden, le météorisme abdominal, consécutif à la perforation stomacale, jouerait un rôle considérable dans la pathogénie de l'abcès gazeux sous-phrénique.

En comprimant les unes contre les autres les anses intestinales, il empêcherait l'apport de nouvelles quantités de gaz dans la cavité de l'abcès et servirait à limiter cette cavité en favorisant le développement d'adhérences par péritonite circonscrite.

Nowack conteste cette manière de voir ; d'après lui, si forte que soit la pression déterminée par le météorisme, elle serait impuissante à lutter contre le péristaltisme qui supporte facilement des résistances de 40 à 50 millimètres de mercure.

Les signes physiques les plus importants de l'abcès gazeux sous-phrénique, à savoir la succussion hippocratique, le souffle amphorique, le tintement métallique et le bruit d'airain sont les mêmes que ceux du pneumothorax ordinaire dont il réalise du reste toutes les conditions nécessaires à la production de ces phénomènes. Nous en avons fini avec la pathogénie un peu spéciale du pyopneumothorax sous-phrénique ; nous n'aurons plus en vue désormais que l'abcès sous-phrénique à contenu simplement purulent.

Dans presque toutes les observations, on a noté la parésie plus ou moins marquée du diaphragme se traduisant par des modifications profondes dans le mécanisme de la respiration, qui se fait alors par le mode pectoral ou costal supérieur. Scheurlen l'assimile à la paralysie intestinale, si fréquente au but de la péritonite, et l'attribue à l'action directe de la matière épanchée.

Peut-être pourrait-on, avec Ramadan, la rapporter soit à l'inhibition due à la douleur que provoquent les contractions du muscle, soit à la gêne que la distension produite par le liquide oppose à ces contractions.

Endométrite purulente.

Nous voyons, dans la statistique précédente, l'endométrite purulente donner trois fois naissance à l'abcès sous-phrénique. Ces trois cas appartiennent à Nowack.

Cette étiologie ne doit pas nous surprendre depuis que les recherches de Kœnig, 1862, de Schlesinger, 1878, et de Peyrot ont démontré à quelles distances souvent considérables de leur origine, peuvent se propager les traînées purulentes dans la cavité péritonéale.

Cancers de l'estomac et du duodénum.

Nous devons noter, dans l'étiologie du pyothorax

sous-phrénique, l'extrême rareté du cancer, surtout si on la compare à la fréquence remarquable de l'ulcère. Peut-être doit-on attribuer ce phénomène à l'évolution plus rapide de la tumeur maligne qui diminuerait d'autant les chances d'une complication sous-phrénique.

Kystes hydatiques.

« Lorsqu'un kyste hydatique se rompt dans le péritoine, il arrive parfois que la fissure de la poche kystique est assez étroite et le liquide qui s'écoule en assez petite quantité pour que des adhérences aient le temps de se former et de limiter l'épanchement. Il en résulte une péritonite enkystée qui est d'ordinaire purulente (1). » Tel est le cas de Veit (2), cité par Deschamps, dans lequel un abcès de la région du foie s'ouvrit spontanément entre la dixième et la onzième côte. Cet abcès donna issue à plusieurs centaines d'hydatides de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon. La malade étant morte, on trouva à l'autopsie une inflammation purulente du péritoine. Le siège de l'abcès était en avant et à droite, entre la face inférieure du diaphragme, qui était refoulé jusqu'à la septième côte, et la partie supérieure du foie.

(1) *Follin et Duplay.* — Path. ext., t. V, p. 838.

(2) *Veit.* — Einige Berneckungen über die Entschung der Hydatiden, in Arch. für die Physiol. von Reil, Zwieter Band Halle (1797).

Le chiffre élevé (10 pour 100) des cas d'abcès sous-phréniques consécutifs aux kystes à échinocoques pourrait peut-être s'expliquer par la tendance de ces parasites à envahir la partie supérieure du foie ; d'un autre côté, la longue durée de la maladie donnerait à la collection sous-phrénique tout le temps de se produire.

Typhlite et pérityphlite.

On sait combien il est fréquent d'observer la pleurésie droite dans le cours de la pérityphlite ; aussi ne doit-on pas s'étonner de voir cette affection donner lieu à des collections purulentes entre la face convexe du foie et le diaphragme. Cette complication peut se produire de deux façons différentes, soit par propagation de l'inflammation du tissu cellulaire péritonéal jusqu'au diaphragme, soit par perforation de l'appendice vermiforme.

Dans l'observation de Poetsch (1), à la suite d'une perforation de l'appendice vermiforme, il se produisit une collection purulente entre le foie et le diaphragme qui s'accompagna de vomique, et qui, traitée chirurgicalement, guérit au bout de quinze jours.

Dans le cas de Jaffé (Obs. IV), malgré l'intervention chirurgicale, le résultat fut moins heureux.

(1) *Poetsch*. — Berlin. Klin. Woch., p. 605, 1881.

Abcès de la rate.

Nous relevons dans la statistique précitée, trois cas d'abcès spléniques ayant donné naissance à un pyothorax sous-phrénique. Le mécanisme en est facile à comprendre ; que la rupture, au lieu de se faire brusquement et largement, déterminant ainsi une péritonite mortelle, ne se produise que par un orifice de communication extrêmement étroit, l'épanchement se développe avec lenteur, il se forme des adhérences péritonéales et la collection s'enkyste.

Nous publions à la fin de ce travail une observation très intéressante de Scheurlen relative à cette étiologie (Obs. II).

Causes diverses.

Le traumatisme peut agir de diverses manières ; son action peut se borner à produire directement l'irritation et l'inflammation du péritoine ; c'est ce qui paraît être le plus souvent. Mais on conçoit aussi qu'il puisse avoir pour premier résultat une rupture ou une fissure des organes friables contenus dans la partie supérieure de l'abdomen. La péritonite serait alors consécutive à l'épanchement sanguin, et il se produirait un abcès hématique.

« Dans la lithiase biliaire, nous nous trouvons en

présence de deux processus absolument différents ; dans l'un il existe préalablement des adhérences péritonéales, des fausses membranes qui circonscrivent une cavité en quelque sorte virtuelle jusqu'au moment où la vésicule, ou un conduit biliaire sera perforé, et où la bile fera irruption dans la cavité artificielle. Dans l'autre, le liquide versé goutte à goutte irrite le péritoine et favorise le développement d'adhérences salutaires. » (H. Deschamps.)

Les autres causes, d'ailleurs très rares, d'abcès sous-phréniques, telles que dysenterie, pneumonie, périnéphrite, etc., ne méritent pas de nous arrêter bien longtemps.

Dans toutes ces affections, en effet, le processus est le même et toujours des plus simples : propagation de l'inflammation au péritoine de l'étage supérieur de la cavité abdominale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège et limites.

Comme son nom l'indique, le pyothorax sous-phrénique est situé sous le diaphragme. Dans la majorité des cas, l'abcès est situé à droite; plus rarement on l'a trouvé à gauche; dans le cas de Bernheim, il s'étendait transversalement d'un côté à l'autre.

Lorsque l'abcès sous-phrénique siège à droite, il forme une tumeur dans l'hypochondre droit; il est limité en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament suspenseur, qui oppose au pus une barrière presque infranchissable, à droite par le ligament triangulaire, en arrière par le ligament coronaire. La limite inférieure est constituée par la face supérieure du foie et des adhérences avec les organes voisins : diaphragme, parois abdominales, côlon, grand épiploon, mésentère, intestin grêle. Il en résulte une poche kystique refoulant le foie en bas et le diaphragme en haut. Le poumon droit se trouve de la sorte fortement comprimé, et son lobe inférieur subit le plus souvent la transformation atélectasique. Le cœur est

déplacé à gauche, et la collection purulente semble siéger dans la cavité thoracique elle-même.

Lorsque l'abcès sous-phrénique siège à gauche, il est limité en bas par l'estomac et le côlon transverse, à gauche, par la paroi costale, à droite par le ligament suspenseur du foie. La rate est refoulée vers les côtes inférieures, le cœur est déplacé en haut et un peu à droite ; le poumon gauche est comprimé.

Le pyothorax sous-phrénique a généralement le volume d'une tête d'enfant. Sa cavité est le plus souvent irrégulière et anfractueuse, tantôt allongée dans le sens transversal et tantôt dans le sens vertical. Elle est généralement unique. Toutefois, dans le cas de Glöeser, cité par Ramadan, on la trouva formée de deux loges séparées par le ligament suspenseur du foie, de telle sorte qu'il y avait à droite une collection purulente, et à gauche une collection gazeuse.

Parois de la poche.

Les organes qui forment les limites de l'abcès sous-phrénique sont toujours tapissés de fausses membranes d'autant plus épaisses qu'on se rapproche davantage de la périphérie ; primitivement constituées par des tractus fibrineux peu résistants, elles subissent avec le temps une organisation plus complète, et se montrent alors composées de couches stratifiées de fibrine entremêlées de cellules embryon-

naires et parcourues par des vaisseaux de nouvelle formation.

De la face interne de la membrane enkystante peuvent partir des travées fibrineuses flottant librement dans son intérieur et susceptibles de se détacher.

Ces détritux membranoux, parfois gangréneux et noirâtres, se mélangent au contenu de la poche, et contribuent sans doute à lui donner cette fétidité repoussante sur laquelle M. Jaccoud a particulièrement attiré l'attention.

Pareil phénomène se passe pour les viscères adhérents qui constituent l'autre paroi de la cavité. Ils sont tapissés d'un exsudat inflammatoire pseudo-membraneux.

Contenu.

Le contenu du pyothorax sous-phrénique est tantôt simplement purulent, tantôt constitué par du pus mélangé à des gaz putrides ou à des débris alimentaires.

Nous n'avons encore que des données peu précises sur le mode de production de l'épanchement purulent. Pfuhl, examinant le liquide d'un abcès sous-phrénique qu'il avait recueilli à l'aide d'une ponction aspiratrice, lui trouva les caractères suivants : « Liquide en partie épais, de consistance crémeuse, de couleur jaune pâle, d'odeur putride. Examiné au microscope, le liquide (dans sa portion dense) renfer-

mais des gouttelettes de pus en voie de désintégration, des gouttelettes grasseuses, de nombreux cristaux d'acides gras (acide margarique) de nombreuses bactéries de la putréfaction très mobiles (microcoques, surtout bâtonnets et quelques chaînettes); enfin des cristaux rhomboïdaux facilement reconnaissables pour des cristaux d'hématoïdine. »

Dans un cas observé par Ramadan, l'examen bactériologique du pus a montré la présence du streptocoque et du bacille pyocyanique. Ce dernier bacille a été découvert par Gessard et Charrin dans la bouche et l'intestin de sujets sains. « Peut-être doit-on considérer la présence de ce micro-organisme dans le pus de l'abcès comme l'indice d'une communication ayant existé à un moment donné entre l'intestin et la collection purulente. » (Ramadan.)

Lésions concomitantes.

Ce qui frappe tout d'abord à l'ouverture de la cavité abdominale, ce sont les lésions de péritonite. Il y a de la périhépatite, de la périsplénite, sans altérations bien considérables du parenchyme de ces organes; les anses intestinales sont hyperhémisées, agglutinées par de fausses membranes fibrineuses peu résistantes si la péritonite est récente, ou fortement adhérentes les unes aux autres, quand la péritonite est ancienne.

Les lésions des organes situés dans le voisinage des abcès sous-phréniques sont de deux sortes : les unes

reconnaissent pour cause la compression, les autres sont dues à la propagation du travail inflammatoire. Citons, dans les premières, la dépression du foie, l'excavation de sa face convexe, l'anémie et l'atrophie de la rate, si souvent observées.

Quant au diaphragme, il est évident que la compression doit jouer un rôle important dans la perforation dont il est si souvent atteint; mais comme l'inflammation intervient toujours, il serait difficile de faire la part qui revient à l'un ou à l'autre de ces processus. Telle est encore l'atélectasie si fréquente dans le poumon correspondant à l'abcès.

Nous ne parlons pas de l'influence de la compression sur les organes creux, estomac, intestins, etc. Ceux-ci, en effet, y échappent, soit par leur mobilité, soit par l'élasticité et le déplacement facile des gaz qu'ils contiennent. Ce n'est qu'autant qu'ils sont immobilisés par des adhérences que la compression peut les atteindre et contribuer à leur perforation. Encore l'inflammation joue-t-elle, même dans ce cas, le rôle principal.

Les lésions inflammatoires des organes environnants sont très variables, tant par leur siège que par leur intensité. Nous les étudierons successivement dans les organes abdominaux et dans les organes thoraciques.

Le foie est pâle, recouvert d'enduits putrilagineux sans lésions de son parenchyme. Dans les cas avancés cependant, on constate un certain degré de dégénérescence graisseuse. La capsule de Glisson et le liga-

ment suspenseur du foie sont souvent épaissis; tantôt il renferme dans son intérieur un ou plusieurs abcès volumineux; tantôt il existe le long des canaux biliaires de petites collections purulentes d'origine lithiasique.

La rate est souvent augmentée de volume, adhérente par sa convexité au diaphragme et atteinte de péricapnité.

L'estomac et le duodénum présentent, à l'autopsie, les lésions ulcéreuses qui jouent un si grand rôle dans la pathogénie du pyothorax sous-phrénique.

Dans le duodénum, les ulcérations siègent à la région pylorique; dans l'estomac, on les rencontre surtout au niveau de la petite courbure, dans le voisinage du pylore; tantôt la perforation est manifeste; tantôt elle n'a laissé comme vestige qu'une cicatrice étoilée d'aspect lisse et déprimé. Outre ces lésions, nous trouvons ces deux organes tapissés à l'extérieur de fausses membranes plus ou moins épaisses, dont le rôle, protecteur au début, contribue dans la suite à diminuer la résistance de la tunique musculieuse, et favorise ainsi l'irruption du pus dans la cavité digestive.

Le diaphragme peut remonter fort haut dans la cavité thoracique, refoulant au devant de lui les poumons et le cœur; sa convexité peut atteindre la quatrième et même la troisième côte. Dans ce cas, il est presque toujours maintenu contre la paroi thoracique par des adhérences pleurales extrêmement serrées. Ceci explique comment, croyant ponctionner un empyème, on a pu pénétrer dans la cavité péritonéale à travers le diaphragme.

Outre les lésions de lymphangite dont il est souvent le siège, le diaphragme peut être anémié, enflammé et présenter une perforation. Celle-ci, dont le diamètre peut varier de 1 à 4 centimètres, se produit au point culminant, le plus tendu de ce muscle. Par cette perforation s'établit une communication de l'abcès sous-phrénique soit avec la plèvre, soit avec le poumon, de telle sorte que le pus est évacué par les bronches.

L'inflammation se propage enfin du côté des séreuses sus-diaphragmatiques, ainsi se développent, par inflammation de voisinage, des pleurésies et des péricardites. Celles-ci peuvent être séreuses ou séro-adhésives. Dans le premier cas, un épanchement se fait à la partie inférieure de la séreuse; l'organe qui y est contenu, et principalement le poumon, se trouve refoulé en haut; vienne une rupture, le pus se fera nécessairement jour dans la cavité pleurale et déterminera une pleurésie suraiguë excessivement grave, sinon rapidement mortelle. Nous avons vu que cette complication est heureusement très rare.

La pleurésie, bien que pouvant être localisée à un seul côté, s'étend fréquemment aux deux, sans pour cela présenter nécessairement les mêmes caractères à droite et à gauche; adhésive ou séro-adhésive dans l'un, elle est parfois purulente dans l'autre.

D'après Leyden, lorsqu'il existe une pleurésie purulente coïncidant avec un abcès sous-phrénique, même s'il y a perforation du diaphragme, les deux épanchements seraient de nature différente; et, dans ce cas,

l'épanchement pleural serait dû à une pleurite secondaire développée par contiguité.

Les lésions du poumon sont presque aussi fréquentes que celles de la plèvre.

Outre les adhérences qui fixent le poumon au diaphragme, il se développe une véritable pneumonie de la base, remarquable par sa tendance à la suppuration ; le tissu pulmonaire se détruisant peu à peu, on assiste à la formation d'une véritable caverne dans laquelle vient s'épancher le liquide sous-diaphragmatique. L'arrivée du pus péritonéal dans le tissu pulmonaire provoque l'inflammation gangréneuse de ce dernier. C'est ainsi que dans un cas de Bernheim, la base du poumon correspondant à l'abcès était transformée en une vaste cavité gangréneuse à contenu formé de détritux ramollis gris noirâtre, d'odeur fétide.

Les lobes supérieurs des poumons sont généralement indemnes.

Le péricarde est souvent touché ; les lésions sont celles de la péricardite sèche ou séro-adhésive. On a noté quelquefois un épanchement purulent soit généralisé, soit enkysté à la base du péricarde. La péricardite se produit par le même mécanisme que la pleurésie, c'est-à-dire par inflammation de voisinage.

Le cœur subit parfois un déplacement considérable en haut et à gauche, lorsque l'abcès a son siège à droite.

Il peut y avoir hypertrophie de cet organe. On n'a pas constaté de lésions valvulaires.

SYMPTOMATOLOGIE

On peut distinguer trois périodes dans le développement du pyothorax sous-phrénique : la période prodromique, la période d'invasion et la période d'état ou thoracique.

Dans la première période, les symptômes sont ceux de l'affection qui doit donner naissance à l'abcès sous-phrénique. Pour nous en tenir à l'étiologie la plus fréquente, presque toujours les malades présentent au moment de l'examen ou ont présenté antérieurement, les symptômes manifestes d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum ; tels sont des vomissements alimentaires ou des nausées après les repas, des hématemèses fréquentes, des douleurs siégeant à la région épigastrique ou dans les hypochondres. Rien ne semblerait indiquer à cette période qu'une collection purulente s'établit sourdement sous le diaphragme, si ce n'est quelques phénomènes fébriles sur lesquels l'attention glisse le plus souvent.

Ces seuls symptômes peuvent persister pendant plus ou moins longtemps.

Dans la deuxième période, le début est brusque, parfois précédé des symptômes d'une péritonite par perforation ou d'une débâcle purulente par l'intestin,

parfois survenant en pleine santé, comme nous l'avons vu dans le cas de Scheurlen, dont nous avons donné l'observation (Obs. I).

La *douleur* est le premier signe par lequel se traduit le pyothorax sous-phrénique ; douleur atroce pouvant s'étendre à tout l'abdomen, sans que le malade parvienne à en préciser le point de départ, mais se localisant plutôt à l'un des deux hypochondres et à l'épigastre. S'irradiant dans diverses directions, cette douleur répond plutôt à l'épaule du côté correspondant à l'hypochondre malade, ou dans le dos entre les deux omoplates.

Le moindre mouvement l'exaspère ; aussi le malade se tient-il immobile dans son lit, évitant de se tenir assis et retenant sa respiration.

Il est à remarquer que, dans presque tous les cas, le malade se couche de préférence sur le côté sain, contrairement à ce qui se passe dans l'épanchement pleurétique.

Cette douleur peut persister jusqu'à la fin de l'affection ; mais le plus souvent elle se calme au bout de quelques jours, et dès lors ce sont les signes physiques qui dominent la scène.

Pendant cette deuxième période, les organes de la respiration restent indemnes, et aucun phénomène pathologique ne vient attirer l'attention de ce côté.

Ce fait aura son importance quand il s'agira de distinguer le pyothorax sous-phrénique de la pleurésie purulente ; cette dernière affection, en effet, est toujours précédée d'une série de symptômes pulmo-

naires plus ou moins évidents; les symptômes pré-curseurs de l'abcès sous-phrénique sont plutôt d'ordre gastro-intestinal.

A la troisième période ou période d'état, le malade présente les symptômes suivants :

A l'inspection, on est tout d'abord frappé par la déformation de l'abdomen; il existe un ballonnement souvent considérable; la paroi abdominale est tendue, lisse, luisante et douloureuse à la pression; la circulation collatérale est fortement développée.

On constate, en outre, une voussure souvent très remarquable dont le siège varie avec celui de la collection, tantôt localisée dans l'un ou l'autre des hypochondres, tantôt saillant à l'épigastre.

Les espaces intercostaux sont élargis et font saillie entre les côtes; l'obliquité de ces dernières est elle-même modifiée, et, d'après Guéneau de Mussy, elle diminuerait dans le cas d'épanchement sous-diaphragmatique.

En suivant les mouvements respiratoires, on constate une mobilité moins grande du côté du thorax en rapport avec la collection purulente. La mensuration démontre que ce côté est dilaté dans ses deux tiers inférieurs.

L'inspection permet, en outre, de constater des modifications profondes dans le mécanisme de la respiration, surtout chez l'homme. On sait que chez ce dernier la respiration est surtout abdominale, c'est-à-dire qu'elle s'effectue presque uniquement par le jeu du diaphragme. Lorsqu'il existe un abcès sous-phré-

nique, le diaphragme est pour ainsi dire immobilisé, et le malade respire, comme les femmes, par le mode pectoral ou costal supérieur.

La *palpation* est souvent rendue difficile par les vives douleurs qu'elle provoque et dont elle sert à déterminer le siège d'une façon précise : pratiquée d'une façon méthodique, elle peut donner des signes de grande valeur. Au niveau de la collection, on trouve, sous le bord des fausses côtes, une tuméfaction dure, rénitente, descendant plus ou moins du côté de l'ombilic.

Son bord inférieur est irrégulier, arrondi, ne ressemblant en rien au bord du foie. Sur les limites on perçoit parfois, mais rarement, quelques frottements péritonéaux que l'on retrouve à l'auscultation.

Parfois les résultats fournis par la palpation sont absolument nuls ; dans ces cas, l'abcès sous-phrénique est de faibles dimensions ou se trouve placé très profondément dans l'un des deux hypochondres.

La palpation du thorax peut aussi fournir d'utiles renseignements ; selon que la collection purulente aura son siège au dessus du foie ou de la rate, on constatera la diminution des vibrations thoraciques à droite ou à gauche, dans une hauteur variant avec le volume de l'épanchement.

La *percussion* donne des résultats différents suivant que l'abcès renferme ou non des gaz :

1^o Dans le premier cas, les symptômes révélés sont ceux d'un hydrothorax ordinaire, quand l'épanchement a son siège à gauche ; on constate alors une ma-

tité très nette remontant plus ou moins haut dans la cage thoracique et présentant à sa limite supérieure une sonorité pulmonaire sensiblement normale. Dans certains cas de refoulement excessif du diaphragme par un épanchement très abondant, la matité s'est élevée jusqu'au niveau de la troisième côte ; on constatait alors au dessus de la matité une zone résonnante sous-claviculaire dont le son se rapprochait du skodisme.

Lorsque la collection est située entre le foie et le diaphragme, la matité se confond inférieurement avec celle du foie plus ou moins abaissé au dessous des fausses côtes et pouvant descendre jusqu'à l'ombilic.

Parfois augmentée dans la station assise, la matité change de forme et d'étendue suivant les diverses positions données au malade.

Il est un signe d'une valeur diagnostique considérable et qui n'a jamais fait défaut toutes les fois que le malade a été soumis à un examen approfondi. Nous voulons parler de la courbe à concavité inférieure qui marque la limite supérieure de l'épanchement. On sait que dans la pleurésie, la courbe parabolique de la matité présente une concavité regardant vers le sommet de la poitrine, c'est-à-dire exactement l'inverse de ce qui a lieu pour les collections sous-phréniques.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de ce signe au point de vue du diagnostic.

2° Lorsque l'abcès contient des gaz, la percussion révèle une zone tympanique limitée inférieurement

par de la matité. Le tympanisme correspond à la collection gazeuse, la matité à l'épanchement liquide.

Leyden a signalé un symptôme remarquable particulier au pyopneumothorax sous-phrénique; dans les inspirations profondes, le pöumon, refoulant en bas l'épanchement gazeux qui lui est sous-jacent, peut abaisser d'autant la limite supérieure de la zone tympanique.

« Enfin, lorsque dans certains cas, le diaphragme ayant été refoulé en totalité, on trouve une zone sonore tympanique remontant à droite et à gauche, à un niveau (variable avec les inspirations), mais très anormal, cette simple constatation peut aider puissamment au diagnostic. En effet, la matité hépatique normale dans le flanc droit n'existe plus. Elle est remplacée par une sonorité pleine et profonde. Comme le foie est fortement abaissé dans l'abdomen, la matité hépatique ne se révèle à la percussion qu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic. » (Ramadan.)

L'*auscultation*, dans les cas d'abcès simples, ne nous donne que bien peu de résultats. Dans toute l'étendue de la matité, le murmure vésiculaire est aboli; presque toujours il se conserve intact au dessus de l'épanchement; un signe qui peut avoir son importance est la disparition, dans la majeure partie des cas, de l'espace semi-lunaire de Traube; on sait que ce phénomène ne se produit que dans les cas d'épanchements pleurétiques excessivement abondants. Signalons encore le déplacement assez fréquent du cœur à droite ou à gauche, suivant le siège de l'affection.

Lorsque l'abcès sous-phrénique est à contenu gazeux, on constate à l'auscultation les signes ordinaires d'un hydropneumothorax partiel inférieur : bruit d'airain, respiration amphorique, tintement métallique (contrairement à l'opinion de M. Jaccoud) ; le bruit de flot par succussion hippocratique est plus rare, bien que son existence ne puisse être mise en doute (Rigal, Pasturaud).

Pfuhl et Leyden signalent l'intégrité absolue des bruits respiratoires du côté sain de la poitrine, et prêtent à ce symptôme une valeur capitale au point de vue du diagnostic ; lorsqu'en effet un poumon est assez altéré pour donner lieu à des signes de pneumothorax, il est bien rare que l'autre soit tout à fait indemne.

Les mêmes auteurs donnent comme signe caractéristique du pyopneumothorax sous-phrénique la persistance du bruit respiratoire normal dans la région sous-claviculaire du côté malade. Tout en reconnaissant à ce signe une certaine importance, M. Jaccoud conteste sa valeur absolue, et voici les raisons qu'il en donne :

« En premier lieu le bruit respiratoire sous-claviculaire peut être normal au cas de pneumothorax ordinaire : c'est un phénomène qu'on a plusieurs fois constaté ; en second lieu si le diaphragme est refoulé très haut par le faux pneumothorax, le tissu pulmonaire subit une condensation, un tassement proportionnels à la compression qu'il éprouve de bas en haut, et ce n'est plus du bruit respiratoire qu'on entend sous la clavicule, c'est du souffle. » (Jaccoud.)

Dans un très grand nombre de cas, l'abcès sous-phrénique se complique de pleurésie sèche, séreuse ou purulente. Le plus souvent cette complication ne fait qu'ajouter aux difficultés du diagnostic ; parfois cependant, surtout dans les cas de pleurite sèche, on sera frappé du fait anormal suivant : Existence de frottements pleuraux perceptibles immédiatement au dessus d'une région offrant de la sonorité tympanique.

Quels sont maintenant les troubles fonctionnels ? Nous avons parlé plus haut de la douleur atroce du début ; nous n'y reviendrons pas.

Les symptômes fébriles n'ont rien de particulier ; la température oscille entre 38° et 39° degrés centigrades, et présente toujours une légère rémission matinale.

Parfois l'apyrexie est absolue.

Tantôt la peau est sèche ; tantôt les sueurs sont abondantes, surtout la nuit.

Parfois l'on voit apparaître quelques frissons peu intenses revenant sous forme d'accès périodiques avec la fièvre de suppuration.

On a noté l'ictère un certain nombre de fois. L'émbonpoint disparaît à vue d'œil ; la maigreur et la cachexie sont parfois intenses.

La céphalalgie est fréquente, surtout au début de l'affection : le délire n'a pas été signalé.

Les troubles digestifs, cause la plus fréquente de la maladie, ne font que s'exagérer dans la suite.

Il peut survenir des vomissements alimentaires

bilieux, porracés; les digestions sont lentes, accompagnées de borborygmes, flatulences, renvois acides, etc.

La constipation est la règle; peut-être doit-on l'attribuer au fait de la compression intestinale par la tumeur.

La diarrhée, plus rare, contribue par son abondance, à déprimer notablement les forces des malades; on a noté quelquefois la présence du pus dans les selles, l'abcès se vidant en partie dans l'intestin.

Le cœur, à moins de complications, ne présente aucun phénomène stéthoscopique notable. On a noté dans quelques cas du retentissement métallique. Nous avons signalé son déplacement possible dans le cas d'épanchements très abondants.

La respiration est généralement accélérée, les inspirations (40 à la minute) sont courtes, superficielles; le malade se retient, craignant d'exaspérer sa douleur par un mouvement respiratoire trop étendu; le diaphragme est parfois complètement immobilisé.

Les symptômes que nous venons d'énumérer sont loin de s'appliquer à la généralité des cas d'abcès sous-phréniques; souvent beaucoup d'entre eux manquent au tableau clinique, ce qui nous rend compte des difficultés énormes que présente presque toujours le diagnostic de cette affection.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON.

La nature secondaire de cette affection et la diversité de son étiologie peuvent faire pressentir les variations nombreuses de son évolution.

Pour arriver à se faire jour sous le diaphragme et s'installer définitivement sous ce muscle, le pus peut suivre deux voies différentes : 1° Tantôt c'est en décollant le péritoine, comme dans les cas de péri-typhlite, endométrite, périnéphrite; l'abondance du pus dépend alors de la richesse en tissu cellulaire de la région; très abondant en arrière et entre les lames du mésentère, il l'est beaucoup moins sur les parties latérales et en avant (Koenig, Schlesinger, Peyrot.)

2° Tantôt la collection purulente est intrapéritonéale, quand il se forme par exemple une péritonite localisée; le début se révèle alors par les symptômes bruyants d'une péritonite par perforation.

Si l'abcès se cantonne du côté de la colonne vertébrale, et demeure en arrière, les organes abdominaux supérieurs sont refoulés en bas et en avant.

Si la collection se porte plus en avant, elle remplit l'espace de Traube qui finit par disparaître et devient mat à la percussion.

Lorsque l'abcès devient appréciable cliniquement,

il a acquis une telle étendue qu'une perforation devient imminente.

La pleurésie est une des complications les plus fréquentes du pyothorax sous-phrénique ; toujours nous la voyons siéger du côté de l'épanchement. Suivant Leyden, cette complication existerait dans tous les cas ; Scheurlen (*Charité annalen*, 1889) la croit moins fréquente ; il ne l'a relevée que dans 50 0/0 des cas environ. D'après Nowack (*Schmidt's Jahrbücher*, 1891, n° 11,) si on ne s'en rapporte qu'aux résultats de l'autopsie, sa fréquence serait de 65 0/0, qu'elle ait été produite par continuité, contiguïté ou métastase ; le contenu était tantôt séreux, tantôt purulent. Il est à remarquer que la pleurésie n'est jamais putride ; ce fait, étant donné la fétidité ordinaire de l'abcès semblerait prouver, qu'en cas de perforation diaphragmatique, le pus se vide dans les bronches et non dans la plèvre.

Dans quelques circonstances très favorables, il peut y avoir enkystement et caséification du pus, et la maladie semble se terminer par résolution ; malheureusement le malade reste exposé à de nouvelles récurrences.

La terminaison, favorable ou non, s'effectue d'ordinaire par la rupture de l'abcès et l'irruption de son contenu dans les organes environnants.

Une seule fois, dans un cas rapporté par Fischer (*Archives für Klinische Medizin*, 1880, p. 555), l'abcès s'est vidé au dehors, par une fistule thoracique.

L'ouverture dans les voies digestives compte parmi

les favorables : elle s'annonce pour l'estomac par une douleur souvent fort vive, par une hématemèse ou des vomissements de matières stomacales plus ou moins mélangées de pus et de bile. En même temps survient une dilatation considérable de l'estomac, qui peut remonter plus ou moins au devant du foie.

L'ouverture dans le côlon a été plusieurs fois suivie de guérison. Elle se traduit par du ballonnement, de la diarrhée et par l'apparition du pus dans les garde-robes ; en même temps le malade ressent une sensation de soulagement et de bien-être considérable. Elle expose à la pénétration des gaz intestinaux dans la poche de l'abcès, et la gangrène des parois peut en être le résultat.

Lorsque l'abcès s'ouvre dans le péritoine, la terminaison est fatale ; le malade meurt en quelques jours avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée.

L'ouverture de l'abcès dans le péricarde est des plus rares ; les lésions se bornent le plus souvent à une péricardite fibrineuse se traduisant par un bruit de frottement rude localisé à la base.

La terminaison la plus fréquente a lieu par fistule péritonéo-bronchique, se traduisant par l'apparition d'une vomique purulente. Tantôt la perforation diaphragmatique a lieu brusquement ; tantôt au contraire elle s'établit insensiblement, permettant au pus de s'infiltrer lentement dans le tissu pulmonaire et d'être expulsé au dehors sous forme de vomiques successives et peu abondantes.

Leyden a nié la possibilité d'une guérison par ce

modèle de terminaison. A l'encontre de cette assertion, nous citerons le cas de Nöwack (*Schmidt's Jahrbücher*, 1891, n° 15, obs. III, p. 78), et celui de Starke (*Ann. Charité*, Berlin, 10 octobre 1881, p. 605), dans lequel un abcès sous-phrénique, situé entre le diaphragme et le foie, s'ouvrit dans le poumon et se termina par la guérison.

« Il arrive parfois que l'ouverture pulmonaire, trop étroite, ne permet pas à la cavité de se vider ; le poumon, baigné par le pus, s'enflamme ; son tissu suppure, se nécrose, et on assiste à la formation d'une caverne qui peut se révéler à l'auscultation par ses signes habituels (souffle amphorique, gargouillement, etc.). Dans le cas de Bernheim, cette tendance à la nécrose fut telle que le malade mourut après avoir présenté tous les signes d'une gangrène pulmonaire. » (Ramadan.)

Nous avons vu qu'il s'établissait, dès le début, entre les deux feuillets de la plèvre diaphragmatique, des adhérences assez résistantes pour empêcher le pus de faire irruption dans la cavité pleurale. Il arrive parfois qu'au lieu de cette pleurite sèche se développe une pleurésie séreuse ou purulente qui empêche la formation de ces adhérences. Que le diaphragme vienne alors à se perforer, l'abcès sous-phrénique se fait jour dans la plèvre et s'il contient des gaz, on assiste au développement d'un pneumothorax vrai. Tel est le cas d'Eisenlohr, rapporté par Deschamps (*Thèse de Paris*, 1886, p. 79).

Comme on le voit, la terminaison du pyothorax

sous-phrénique est des plus variables; sa durée ne l'est pas moins. Parfois le malade est emporté avec une rapidité effrayante; parfois l'affection peut durer plusieurs semaines. Elle ne dépasse généralement pas deux mois.

Tantôt le malade est emporté par une maladie intercurrente, une pneumonie, par exemple; tantôt il succombe dans la cachexie, épuisé par la suppuration.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du pyothorax sous-phrénique est rempli de difficultés. On cite les rares observations dans lesquelles cette affection a été diagnostiquée du vivant du malade. Le plus souvent la maladie n'est reconnue qu'à l'autopsie. Nous séparerons, dans l'étude du diagnostic, l'abcès simple de l'abcès à contenu gazeux, ces deux variétés pouvant être confondues avec des maladies différentes.

Abcès non gazeux.

Nous avons vu que les symptômes fonctionnels de cette variété n'ont rien d'absolument caractéristique ; aussi les commémoratifs tiennent-ils la plus grande place dans la recherche du diagnostic : « Lorsque, dit M. Jaccoud, au cours d'une affection abdominale aiguë l'on voit apparaître brusquement les graves symptômes d'une pleurésie de mauvaise nature, le diagnostic devient relativement facile, et l'erreur est à peine excusable. Mais qu'au contraire la suppuration sous-phrénique s'installe sourdement, comme il arrive dans bon nombre de cas, presque toujours

l'affection restera méconnue. » Toutefois, même dans ces cas, si le poumon a été reconnu préalablement intact, l'apparition d'une vomique purulente pourra diriger l'attention du côté d'un abcès sous-phrénique.

C'est avec l'empyème que se pose le plus souvent la question du diagnostic différentiel. Dans les anamnestiques de la pleurésie purulente, on relève d'ordinaire une pneumonie, une tuberculose ou une fièvre infectieuse; les abcès pleuraux qui ne reconnaissent pas cette étiologie, sont aussi rares que le pyothorax sous-phrénique; si donc la ponction exploratrice, pratiquée dans un espace intercostal a ramené du pus, en l'absence de ces trois facteurs étiologiques, on doit songer à une suppuration sous-phrénique; cette hypothèse devient une certitude si les commémoratifs ont éveillé l'idée d'une péritonite par perforation.

Les plaintes des malades, la douleur violente de l'hypochondre, se propageant à l'épaule du côté opposé, la tendance à se coucher sur le côté sain, sont assez caractéristiques et ne se rencontrent pas dans l'empyème.

Notons encore, dans l'abcès sous-phrénique, la forme spéciale de la limite supérieure de l'épanchement dont la concavité regarde en bas, tandis qu'elle regarde en haut dans l'épanchement pleurétique.

La disparition de l'espace semi-lunaire, dont nous avons déjà parlé, a aussi son importance, ce phénomène ne se rencontre, en effet, que dans les épanchements pleurétiques excessivement abondants et s'accompagne alors de tympanisme sous la clavicule.

Lorsque l'épanchement est de petit volume, et qu'il existe une pleurésie concomitante, le diagnostic devient à peu près impossible.

En somme, le procédé le plus sûr est encore la ponction exploratrice. Malheureusement, outre l'inconvénient de ne donner qu'un diagnostic tardif, elle a celui d'être absolument inefficace, quand l'abcès est très profondément situé.

M. Jaccoud a insisté sur l'horrible fétidité du pus retiré par la ponction. Dès qu'apparaît ce signe, on peut conclure sans crainte d'erreur.

La ponction exploratrice peut éclairer le diagnostic même dans le cas de pleurésie concomitante ; voici dans quelles circonstances le fait peut se produire : l'aiguille plongée dans la cavité pleurale a d'abord ramené soit du sérum, soit du pus inodore ; poussée plus loin, elle perfore le diaphragme et ramène du pus fétide. Les pleurésies multiloculaires qui peuvent produire ce phénomène sont tellement rares que l'expérience peut être considérée comme décisive.

Suivant Fürbringer, quand on ponctionne à travers le diaphragme, l'aiguille, en traversant ce muscle, présenterait des oscillations caractéristiques en rapport avec les mouvements respiratoires. Scheurlen accorde peu de valeur à cette opinion, prétendant avoir toujours trouvé la moitié correspondante du diaphragme immobilisée par l'abcès sous-phrénique.

Il est quelques autres affections que l'on pourrait confondre avec le pyothorax sous-phrénique : tels sont les kystes hyatiques du foie, l'hydronéphrose,

es abcès des organes voisins (reins, colonne vertébrale, etc.) C'est par l'analyse des symptômes et la connaissance des antécédents que s'établira le diagnostic sur lequel nous n'insisterons pas davantage.

Abcès gazeux.

Lorsque le pyothorax sous-phrénique contient des gaz, sa symptomatologie s'accroît de quelques signes particuliers, susceptibles de le faire confondre avec plusieurs autres affections : tels sont le pyopneumothorax vrai et la caverne tuberculeuse, lorsque domine la forme thoracique; l'obstruction intestinale et la dilatation de l'estomac, lorsque l'abcès se développe surtout du côté de l'abdomen.

Ici encore, l'étude des commémoratifs présente une importance capitale. Il est, nous croyons, sans exemple qu'un pneumothorax vrai se soit jamais développé sans affection pulmonaire antérieure; si donc un malade se présente avec tous les signes physiques d'un épanchement gazeux intra-pleural, sans avoir souffert préalablement de la poitrine, on doit soupçonner l'existence d'un abcès gazeux sous-phrénique, et le diagnostic s'impose, si l'interrogatoire révèle dans le passé des accidents stomacaux, intestinaux ou péritonitiques.

M. Jaccoud insiste particulièrement sur la déviation du cœur, refoulé presque directement en haut et à

gauche, dans les cas où la collection gazeuse est à droite : « En effet, dit l'auteur, un vrai pneumothorax ne saurait produire un pareil déplacement du cœur qu'à la condition d'être total. Or l'examen montre bien que le prétendu pneumothorax est partiel puisqu'on entend des bruits pulmonaires dans une hauteur plus ou moins grande à partir de la clavicule. »

Leyden accorde une certaine importance au changement rapide des limites de la matité suivant les différentes positions données au malade. Ce signe ne nous paraît pas avoir une grande valeur, puisqu'il appartient aussi bien au pyopneumothorax véritable qu'à l'affection qui nous occupe.

L'apparition d'une vomique n'est pas non plus caractéristique ; parfois cependant l'odeur putride et fécaloïde du pus pourrait aider à la différenciation.

Un signe de haute valeur consiste dans l'intégrité du poumon opposé à la lésion ; lorsqu'en effet un poumon est assez altéré pour donner lieu à des phénomènes de pneumothorax, il est presque impossible que l'autre poumon soit indemne de toute lésion.

Signalons encore l'abaissement de la limite de la zone sonore pendant les inspirations forcées. Ce phénomène, présenté par Leyden comme pathognomonique, ne s'observerait, d'après Nowack, qu'au début de l'affection, alors que le diaphragme n'est pas encore paralysé et refoulé en haut.

Le docteur Pfuhl, ayant un jour ponctionné un abcès gazeux sous-phrénique avec l'appareil de Potain muni d'un manomètre, constata que durant l'écoule-

ment du liquide la colonne manométrique montait dans l'inspiration et baissait dans l'expiration.

On voit se passer le phénomène inverse quand on évacue un épanchement pleural. Plus tard Jaffé utilisa ce signe pour le diagnostic et montra qu'il suffisait de tenir compte des variations de rapidité que présente l'écoulement du liquide ; si l'inspiration accélère l'écoulement, le pus est au dessous du diaphragme ; si elle le retarde, le pus est au dessus.

Ce signe, d'une valeur absolue, a l'inconvénient de ne permettre qu'un diagnostic tardif.

Il arrive parfois qu'une grande caverne tuberculeuse en impose pour un pyopneumothorax véritable ; il n'est donc pas étonnant que l'abcès gazeux sous-phrénique, qui simule si bien cette dernière affection, puisse également simuler la première. Toutefois, l'erreur, bien que possible a rarement été commise, et la raison en est très simple : La grande caverne pulmonaire, comme le pyopneumothorax vrai, suppose une affection chronique du poumon et s'accompagne des signes évidents d'une tuberculose déjà très avancée. C'est donc en vain qu'on cherchera dans les commémoratifs une raison de les différencier. Dans l'abcès gazeux sous-phrénique, au contraire, si les signes physiques sont sensiblement les mêmes, rien dans les antécédents ne fait soupçonner une évolution tuberculeuse. Le malade n'a jamais souffert de la poitrine, et l'auscultation révèle l'intégrité du poumon.

Parfois, lorsqu'il se développe surtout du côté de l'abdomen, l'abcès sous-phrénique arrive à simuler

une obstruction intestinale. Douleurs abdominales, météorisme, prostration du malade, tels sont les signes communs à ces deux affections. L'évolution ultérieure de l'obstruction intestinale éclairera le diagnostic ; si l'obstacle est levé, les accidents cessent comme par enchantement ; si l'obstacle est invincible, l'ensemble des symptômes forme un tableau si saisissant que le doute n'est plus permis sur la nature de l'affection.

Il arrive enfin qu'un abcès gazeux sous-phrénique, développé du côté de l'abdomen et ne présentant pas les signes d'un pneumothorax, puisse être confondu avec une dilatation stomacale, idiopathique ou consécutive à une affection gastrique. Les commémoratifs sont souvent les mêmes ; le malade souffre depuis longtemps de l'estomac, il a vomé du sang, s'est amaigri, a perdu l'appétit, etc., il présente, en outre, les signes suivants : bruits de flot dans la région épigastrique par la succussion, timbre métallique des bruits du cœur, tympanisme et saillie épigastrique paraissant en rapport avec la présence de gaz.

Le diagnostic devient alors des plus délicats. Un des meilleurs signes différentiels est fourni par l'épreuve du lavage de l'estomac. Si, en effet, après évacuation des liquides et des gaz de la cavité stomacale, la tumeur abdominale conserve son volume, il est de toute évidence qu'elle siège en dehors de cet organe.

PRONOSTIC

Le pronostic est des plus sombres, même en dehors des complications thoraciques ou abdominales. Nous avons vu combien peu l'on devait compter sur une guérison spontanée. Starke en a publié trois cas. Nowack a vu un de ses malades guérir à la suite d'une vomique pulmonaire.

L'on doit dire cependant que l'effrayante mortalité produite par cette affection a sa principale cause dans les difficultés énormes du diagnostic.

Lorsqu'en effet, l'affection est reconnue à temps, l'intervention opératoire permet, dans un grand nombre de cas, d'assurer la guérison. Sur 7 opérés de Nowack, 3 seulement ont succombé; d'après ce même auteur, la mortalité serait tombée depuis quelques années de 95 0/0 à 50 0/0. Ces résultats tiennent évidemment à la connaissance plus parfaite de l'évolution de cette maladie et aux ressources nouvelles qui ont été apportées à l'étude du diagnostic.

TRAITEMENT.

Une fois le diagnostic bien établi et confirmé par une ponction exploratrice, un seul traitement s'impose : l'évacuation immédiate du pus. Mais quelle méthode convient-il de suivre ? Les uns recommandent de ponctionner le diaphragme par la voie pleurale ; d'autres évitent soigneusement ce muscle et n'incisent qu'au dessous de ses insertions. Cette dernière méthode paraît donner des résultats plus favorables en évitant l'infection de la plèvre et la formation d'un pneumothorax.

Scheurlen pratique la résection costale dans une étendue d'au moins 5 centimètres pour avoir un champ d'opération suffisamment large ; il choisit les régions les plus déclives de la collection afin d'assurer au pus un écoulement facile et éviter la production d'un pneumothorax pendant l'opération.

Dans le cas où il existerait une pleurésie séreuse concomitante, il deviendrait nécessaire de pratiquer une ponction différente pour chaque collection ; en cas d'empyème, une seule et même incision pourra suffire.

Une fois la cavité vidée de son contenu et désin-

fectée, dans la mesure du possible, par un lavage antiseptique des plus soigneux, on pratiquera le drainage avec des drains de caoutchouc de 25 ou 30 centimètres de longueur ; car il importe d'éviter l'enkystement du pus dans les anfractuosités. Tous les jours, des lavages antiseptiques seront pratiqués pour aider l'écoulement du pus et désinfecter la cavité.

Scheurlen préfère à cette pratique le tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée, il préviendrait ainsi, mieux que par le drainage, l'accolement des parois de la cavité et la formation de collections enkystées. Avec quelques précautions, les accidents d'intoxication sont facilement évités.

Dans les deux cas qui lui sont personnels, il a obtenu par ce moyen des résultats très satisfaisants.

Dans certains cas, si le pus s'évacuait difficilement, il y aurait sans doute lieu de faciliter son issue par une ou plusieurs contre-ouvertures.

Il va sans dire que, pendant toute la durée du traitement, on devra soutenir les forces du malade par tous les moyens possibles. La médication tonique est ici tout indiquée. On insistera sur le vin, l'alcool, le quinquina, en même temps qu'une alimentation substantielle activera la nutrition. L'influence bien-faisante de ce traitement ne tardera pas à se faire sentir, et souvent le succès viendra couronner ces efforts.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Ulcère stomacal; Pyothorax sous-phrénique; Opération; Guérison. Scheurlen, *Charité Annalen* 1889, p. 159.

Jeune fille, 19 ans, entrée à l'hôpital le 25 février. Elle déclare avoir beaucoup souffert de l'estomac depuis trois ans. En novembre 1888, elle eut un vomissement de sang qu'elle évalue à un tiers de litre.

Le 12 février 1889, elle est prise subitement d'une violente douleur dans le ventre, suivie de frissons et de fièvre. La fièvre continue, bientôt accompagnée de céphalalgie, de dyspnée et de toux. Les douleurs se localisent à l'hypocondre gauche et se propagent jusqu'à l'omoplate; peu vives au repos, le moindre mouvement les exaspère.

Etat actuel, 26 février 1889. — Jeune fille de constitution vigoureuse. Figure pleine. Pommettes rouges.

Pouls 137. T. 39° 3. Respir. 24.

La douleur du côté gauche l'empêche de se tenir assise dans son lit.

Facies typhoïdique. Parole tremblée, peu distincte. Subdelirium.

Lèvres couvertes de fuliginosités; langue humide et blan-

châtre. Soif ardente. Abdomen légèrement tuméfié. Pas de taches rosées.

Le foie, sur la ligne mamillaire, atteint en bas le niveau de l'ombilic.

Il aboutit à gauche à la ligne parasternale. Sa limite supérieure atteint le bord supérieur de la sixième côte.

L'espace semi-lunaire a presque disparu. Pas de voussure à gauche,

Tout le thorax semble se mouvoir normalement pendant la respiration;

La percussion donne un son pulmonaire normal dans toute la région antérieure, ainsi qu'en arrière et à droite, jusqu'à la onzième vertèbre dorsale;

A gauche et en arrière, matité complète de la sixième à la onzième vertèbre dorsale.

A gauche et en avant, au niveau de la sonorité, on entend le murmure vésiculaire mêlé à des frottements pleuraux, surtout pendant l'inspiration; même phénomène en arrière, au-dessus de la matité; au niveau de la matité, abolition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques.

Le cœur est manifestement dévié à droite.

Une ponction exploratrice, pratiquée dans le septième espace intercostal gauche, ramène du pus épais et d'une odeur infecte.

T. 40; Pouls 100.

Diagnostic. — Pyothorax sous-phénique consécutif à un ulcère stomacal.

Opération. — Résection de 5 centimètres de la neuvième côte. ouverture de la cavité purulente; il en sort 300 centimètres cubes de pus d'une odeur repoussante. Le doigt introduit dans la poche peut en suivre les contours, elle présente environ le volume des deux poings; elle est limitée en haut par le dia-

phragme immobilisé et recouvert de dépôts fibrineux; en arrière et à gauche par la rate, parfaitement lisse, à droite par l'estomac; en bas et en avant, par le côlon transverse. La cavité est anfractueuse; après l'avoir désinfectée avec une solution de bore et d'acide salicylique, on la bourre avec des tampons iodoformés.

Il ne s'est pas produit de pneumothorax pendant l'opération, qui a duré trente minutes.

Le lendemain, 25 février, l'état général est peu modifié. T. 39°4. Injection d'éther. Vin chaud.

26 février. — T. matin 38°5 T. soir 38°.

Au bout de cinq jours, la température est devenue normale.

On change le pansement tous les deux jours.

La suppuration est presque tarie et sans odeur.

La cavité se comble rapidement.

Le 4 mars, scarlatine, qui évolue sans complications d'aucune sorte.

Dans les jours qui suivent, le diaphragme recouvre ses mouvements dans sa moitié gauche. La percussion du foie est devenue normale.

On n'entend plus de frottements pleuraux.

Le 11 mars, commence la desquamation de la scarlatine.

La plaie suit son cours normal.

La malade se porte très bien et quitte le lit.

Vers la fin de mars, la plaie est parfaitement cicatrisée.

Le 1^{er} avril, présentation de la malade à la Société de médecine.

OBSERVATION III

Ulcère stomacal; Infarctus de la rate; Abcès sous-phrénique.

Scheurlen, *Charité-Annalen* 1889, p. 457.

Le 20 novembre 1888, entre à la première clinique médicale, E. Jäekel, domestique, âgée de 20 ans, présentant tous les symptômes d'une pleurésie aiguë.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Dans son enfance, elle a eu la variole, la scarlatine et la diphtérie.

La menstruation, survenue à 16 ans, a toujours été régulière.

Pas d'accouchements. Pas d'avortements.

Au début de ses périodes menstruelles, elle ressent de vives douleurs du côté de l'estomac; crampes, renvois acides, etc. Parfois, mais rarement, elle a des vomissements.

Le 23 décembre 1887, dans le courant de sa 19^e année et au troisième jour de sa période menstruelle, elle est prise, pendant son travail, d'un malaise subit, sans cause apparente; elle tombe évanouie, après avoir eu des vomissements de sang assez abondants. La quantité des matières vomies paraît avoir dépassé un litre.

Un traitement bien dirigé la remet sur pied; les maux d'estomac disparaissent.

L'histoire de la maladie actuelle commence le 19 décembre 1888, c'est-à-dire onze mois après les vomissements de sang, et après sept mois de santé parfaite.

A ce moment, les vomissements reparaissent, elle ressent au côté gauche de vives douleurs allant de l'épaule à la région stomacale; leur intensité devient telle qu'elle doit se mettre

au lit, pendant la nuit, elle est prise de frissons et de dyspnée.

Le lendemain, elle entre à l'hôpital de La Charité.

Examen de la malade. — Taille moyenne, en bon point, suffisant, constitution solide. Pouls 132; T. 38°4; respiration 36.

Elle se plaint de douleurs vives, se propageant de l'estomac à l'épaule gauche.

Thorax de longueur moyenne; légère scoliose à droite.

Pendant les mouvements respiratoires, on constate que la mobilité du côté gauche du thorax est moins grande que celle du côté droit.

Pas de voussures à la partie inférieure.

Toux sèche, sans expectoration.

La percussion donne à droite :

En avant et en arrière, retentissement pulmonaire normal, dans les limites habituelles de ce viscère ;

En avant, la matité hépatique commence au bord inférieur de la cinquième côte.

A gauche :

En avant, son pulmonaire clair, mais non tympanique ;

Vers la ligne axillaire moyenne, submatité à partir de la cinquième côte ;

En arrière et en haut, sonorité pulmonaire normale, mais, à partir de l'angle de l'omoplate matité complète.

On perçoit, au niveau de la sonorité pulmonaire, le bruit vésiculaire, mêlé à gauche de quelques râles bronchiques qui s'accompagnent, au niveau de la matité, de frottements pleuraux caractéristiques.

A ce niveau, disparition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques.

Une ponction, pratiquée dans le cinquième espace inter-

costal gauche, au niveau de la ligne axillaire moyenne, donne issue à un liquide purement séreux.

Urines : 500 grammes. Densité 1020. Traces d'albumine. Pas d'indican. Pas de traces de sang.

On ne pouvait conserver de doute sur l'existence d'une pleurésie séreuse.

L'état général s'empirait de jour en jour; les yeux paraissaient vitreux; la fièvre oscillait entre 38°5 et 39°8. Transpirations fréquentes, céphalalgie. Sensation de chaleur interne, accès de dyspnée et douleurs dans le côté gauche.

Le 28 novembre, cinq jours après la ponction exploratrice, la malade tombe dans le collapsus. T. 39°7; Resp. 50; Pouls 140. Perte de la connaissance. Délire.

La matité s'était élevée de deux travers de doigt au niveau de la ligne axillaire moyenne, elle atteignait la quatrième côte derrière l'angle de l'omoplate; l'espace semi-lunaire avait disparu,

Mêmes signes stéthoscopiques.

Une ponction pratiquée dans le septième espace intercostal donne issue à du pus jaunâtre; on se décide alors à la thoracentèse, et l'on résèque 3 centimètres de la huitième côte, entre les lignes maxillaire et axillaire,

Après incision de la plèvre, on retire 300 centimètres cubes d'un exsudat purement séreux et inodore.

En avant, tout près de la paroi, on trouve une voussure fortement marquée du diaphragme qui remonte jusqu'à la quatrième côte. Une ponction exploratrice en ramène du pus.

Une incision de 3 centimètres est faite sur le diaphragme et donne issue à un demi-litre de pus jaunâtre; on explore avec deux doigts la cavité très spacieuse, mais il est impossible d'en atteindre les limites en arrière et à droite; en arrière, on tombe sur une rate un peu hypertrophiée, mais lisse, en

haut on rencontre un thorax immobilisé. On porte le diagnostic de pyothorax sous-phrénique produit par un ulcère stomacal et ayant déterminé secondairement une pleurésie gauche. Lavage antiseptique de la cavité.

On introduit dans l'abcès et dans la cavité pleurale un drain de 10 centimètres.

L'opération a duré en tout vingt minutes. La douleur dans l'hypocondre gauche et les phénomènes fébriles ont disparu immédiatement après l'opération.

Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39°, le 10 décembre, quatorze jours après l'opération, elle était devenue normale.

L'état général s'améliore rapidement. Appétit excellent. Pansement tous les jours. La sécrétion diminue journellement. Le 1^{er} janvier 1889, le drain sort de lui-même. Le poumon gauche fonctionne normalement, sauf qu'il est un peu plus haut que d'habitude, il est manifeste aussi que le diaphragme se meut du côté gauche.

La malade peut être considérée comme entrant en convalescence.

Le 11 janvier, après trente-un jours d'apyrexie, frisson violent : la température s'élève à 40° 5. On trouve de la matité au-dessus de l'ancienne plaie et la ponction ramène du pus.

On résèque 5 centimètres de la cinquième côte et on rencontre dans la plèvre un petit abcès encapsulé contenant de trois à quatre cuillerées de pus sans odeur. On constate en même temps en haut une adhérence totale du poumon avec la paroi thoracique.

13 et 17 janvier. — Nouveaux frissons; sans fièvre.

20 janvier. — Symptômes de péritonite généralisée.

Mort le 22 janvier, cinquante-sept jours après la première opération.

Autopsie. — Le diaphragme remonte à droite au niveau de la quatrième côte et à gauche au niveau de la cinquième. Toute la cavité péritonéale est recouverte d'un épanchement liquide très épais.

La partie supérieure de la rate est soudée au diaphragme ; on y trouve un abcès enkysté de la grosseur d'un œuf de poule et rempli d'un pus épais.

En haut, cet abcès remonte jusqu'à la partie supérieure de la rate et ses parois sont gangrenées.

A ce niveau existe une communication avec un abcès de la grosseur d'un œuf siégeant entre le pancréas et l'intestin. Cet abcès s'ouvre manifestement dans le péritoine.

Dans les deux reins, vestiges d'anciens infarctus ; dans l'estomac, au niveau de la petite courbure, grosse cicatrice étoilée de la largeur d'une pièce de deux francs.

Poumons normaux. La plèvre viscérale est complètement soudée à la plèvre pariétale.

Voici de quelle façon Scheurlen interprète ce cas remarquable : « La cause de la maladie, dit-il, fut, à n'en pas douter, l'ulcère de l'estomac, mais par un mécanisme moins direct que nous l'avions pensé, puisqu'au lieu de rencontrer une perforation, nous nous trouvâmes, à l'autopsie, en présence d'un vieil ulcère cicatrisé. De cet ulcère ont dû partir les infarctus des reins et de la rate. L'ulcère et les infarctus des reins guérirent, l'infarctus de la rate entra lentement en suppuration ; son ancienneté nous fut démontrée par l'induration de ses parois.

« L'abcès se rompit le 19 novembre, entourant la rate d'une atmosphère purulente.

« Grâce à l'opération, le pus fut évacué au dehors ; mais, malgré le drainage, on ne put empêcher l'adhérence de la rate avec le diaphragme. Ainsi se forma un troisième abcès dont la rupture produisit la péritonite généralisée. »

OBSERVATION III (résumée).

Abcès gazeux sous-phénique; Opération; Guérison. (In thèse Ramadan).

Hôpital Andral, salle des femmes, lit n° 8, 33 ans.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Douleurs stomacales depuis trois ans. Une hématemèse très abondante, accompagnée de melœna.

Après un traitement d'un mois à Lariboisière, elle peut se remettre au travail.

Il y a six semaines, elle eut de nouveau des vomissements, de l'inappétence et des crises d'étouffement qui se terminèrent un jour par une hématemèse de moyenne intensité. Pas de melœna.

Régime lacté.

15 août. — La malade est entrée hier à l'hôpital Andral.

C'est une femme amaigrie, d'aspect souffreteux, qui se plaint de douleurs très vives dans le dos et au creux épigastrique. Ces dernières sont si vives qu'elle ne peut se redresser.

Elle vomit tout ce qu'elle prend, même le lait.

Estomac tendu, ballonné, sonore. Rien d'anormal dans le thorax, ni au cœur, ni aux organes génitaux.

Régime lacté.

24. — L'estomac est toujours distendu par des gaz. Tympanisme épigastrique exagéré.

Foie légèrement abaissé. Rate normale.

Lavage de l'estomac. Il ne s'échappe pas de gaz et le ballonnement persiste.

25. — Nouveau lavage, sans plus de résultats.

26. — La malade a de la fièvre tous les soirs et commence à se cachectiser.

Troisième lavage. Il est impossible, même par une pression très forte, d'évacuer par la sonde les gaz qui semblent remplir l'estomac.

M. Debove fait alors au niveau de la partie la plus saillante de la région sonore une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz stérilisée. Il s'échappe des gaz extrêmement fétides et une goutte de pus. On remplace alors la seringue par l'aiguille d'un aspirateur et on retire 750 grammes de pus mal lié, verdâtre, d'odeur infecte.

La poche semblant vide, on incise la paroi abdominale avec l'aiguille comme conducteur. Par l'incision dirigée transversalement à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic et qui mesure environ 6 centimètres, il s'échappe encore 700 grammes de pus.

On met un drain de 28 centimètres de longueur. Pansement iodoformé : diagnostic, pyopneumothorax sous-phrénique par ulcération stomacale actuellement cicatrisée. T. le soir 37°4.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'améliore. La fièvre oscille entre 38 et 39°. Le pansement est renouvelé presque tous les jours.

11 septembre. — Lavage de la plaie à l'eau boriquée. La poche de l'abcès semble se rétrécir sensiblement. Tempér. 37°2-38°

13. — La malade a meilleure mine. Il semble que la cavité

ne contient presque plus de pus le matin au lavage. Toutefois l'inappétence persiste.

24. — La malade augmente de poids. La fièvre a disparu. L'appétit est revenu et la cavité tend à se combler de plus en plus.

La malade est sortie guérie le 18 octobre.

OBSERVATION IV (Résumée).

Abcès sous phrénique consécutif à une ulcération de l'appendice cæcal ; Jaffé, Deutsche med. Woch. n° 16, 1881. (In thèse Deschamps).

Homme de 30 ans ; depuis trois semaines fortes douleurs de ventre ; depuis huit jours gonflement douloureux dans le côté droit de l'abdomen. Sujet tout à fait abattu, pâle, avec une température légèrement élevée et un pouls petit, fréquent. Dans la région iléo-cæcale, peau rouge et tendue, le doigt reste imprimé, l'œdème se continue jusqu'au bord des côtes ; profondément et à droite, gonflement tendu, légèrement fluctuant, très douloureux. L'exploration du thorax à gauche ne révèle rien d'anormal. A droite, matité jusqu'à la moitié de l'omoplate ; au sommet respiration bronchique avec râles sous-crépitaux ; en avant, son clair jusqu'à la cinquième côte un peu tympanique au dessus.

Diagnostic. — Pérityphlite, perforation du diaphragme avec pénétration du pus dans la plèvre. Incision abdominale de 12 centimètres, issue d'un kilo de pus fluide, d'une odeur fade. L'incision conduit à une cavité s'étendant jusqu'au bord du foie : mais on ne peut constater si le pus du thorax se

vide par l'évacuation de l'abcès abdominal ; drainage de la plaie, pansement antiseptique,

Deux jours après, ouverture de l'abcès thoracique, incision dans le septième espace intercostal sur la ligne axillaire, issue d'un litre de pus fétide. Drainage et pansement antiseptique.

Bientôt délire d'inanition et mort neuf jours après la première opération.

Autopsie. — Abcès péricœcal, survenu à la suite d'une perforation de l'appendice vermiforme. Au-dessus du foie, cavité pouvant contenir une tête d'enfant, remplie de pus, ne communiquant pas avec l'abcès péricœcal, limitée en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament suspenseur du foie, remontant jusqu'au bord supérieur de la sixième côte et menant à l'incision faite dans la ligne axillaire. Pas d'exsudation dans la cavité abdominale, mais des adhérences péritonéales entre les anses intestinales avoisinant l'abcès.

OBSERVATION V

Faux pyopneumothorax. (Docteur Pfuhl, *Virchow's Jahresb.* 1877) in prof. Jaccoud Cl., Pitié, 1883-84, p. 222.

Une jeune fille de 23 ans présente des signes d'une pleurésie droite accompagnée de douleurs très vives ; il y a du tympanisme depuis la clavicule jusqu'à la sixième côte ; à partir de là matité absolue. La respiration est sensiblement normale depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte. On constate en outre une légère voussure de l'hypocondre droit et la matité thoracique inférieure se prolonge jusqu'au niveau de l'ombilic où l'on sent nettement le bord libre du

foie. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure.

Le lendemain, phénomènes métalliques, respiration amphorique, succussion dans la région inférieure; on admet un pneumothorax. Le jour suivant une ponction est pratiquée dans le cinquième espace intercostal avec l'appareil Potain, muni d'un manomètre.

Après l'évacuation d'un pus d'abord ténu, puis crémeux, très-fétide, le cœur reprend sa position normale; l'intensité de la dyspnée et des douleurs obligent d'arrêter l'écoulement. Dix minutes après, la malade meurt.

A l'autopsie, on trouve un sac purulent de la grosseur d'une tête d'enfant, limité en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament suspenseur, en bas par la surface supérieure du lobe droit du foie, en dehors et en avant par des adhérences avec la paroi abdominale et le duodénum. Dans ce dernier, à trois centimètres du pylôre, une ouverture ovale à peu près de la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Le pour on droit est totalement adhérent par sa base au diaphragme. Par l'insufflation l'air pénètre dans le milieu de ces adhérences, ce qui démontre une communication entre les voies de l'air et le sac purulent. Le gaz et le pus n'étaient donc pas au dessus, mais au dessous du diaphragme fortement repoussé en haut dans le thorax. Le poumon est sain, sauf une petite partie nécrosée dans le voisinage de l'ouverture de communication, et le refoulement par compression. Dans l'estomac plusieurs ulcérations en voie de cicatrisation.

OBSERVATION VI (inédiée, due à l'obligeance de M. le docteur Lenoir).

Marie D..., 32 ans. entrée le 9 mars 1890 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le professeur Bouchard.

Début, il y a quatre ans, par un gros rhume consécutif à un refroidissement. Depuis cette époque, bronchites tous les hivers. Amaigrissement notable, hémoptysies fréquentes, sueurs nocturnes.

Etat actuel. — Maigreur extrême.

L'auscultation du poumon donne les signes suivants :

En avant et à gauche, craquements au sommet.

En arrière et à droite, râles sous-crépitaants dans toute l'étendue du poumon.

En arrière et à gauche, gargouillement et souffle dans le tiers moyen.

En arrière et à droite, gargouillement au sommet, souffle à la base.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

22 mars. — Diarrhée. T. Rectale. M. 37°8; S. 39°8.

24. — Cauchemars. Mêmes signes à l'auscultation. T. R. M. 37°5; S. 40°1.

25. — Dyspnée intense. M. 38°2; S. 40°2.

26. — Dyspnée. Sueurs nocturnes. M. 38°2; S. 40°.

27, 28, 29, 30. — La dyspnée augmente.

31. — La malade succombe.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, le poumon gauche apparaît congestionné dans toute son étendue; il présente à sa face externe, au tiers moyen, une excavation anfractueuse dont les bords, sauf à la partie antérieure qui est libre, sont adhérents à la paroi costale.

De cette excavation s'écoule un liquide sanieux, de coloration jaune sale, renfermant des débris de tissus sphacelés, exhalant une odeur infecte.

Au niveau de cette excavation, dans laquelle le doigt pénètre profondément dans tous les sens, les tissus des espaces intercostaux sont altérés et sphacelés dans toute l'épaisseur de la paroi ; ils s'enlèvent par lambeaux, sans résistance, quand on les prend entre les mors de la pince à disséquer.

Le péricarde est distendu par des gaz. Le diaphragme paraît normal à sa face supérieure ; mais, à sa face inférieure, il contribue à former avec la rate une excavation analogue à celle du poumon, anfractueuse comme celle-ci, mais présentant plus nettement la coloration de la gangrène.

Le doigt introduit dans cette cavité pénètre en haut dans le poumon, en bas dans l'estomac.

Après l'ablation des organes, le poumon gauche présente une caverne énorme, dont les limites sont celles de la face externe, tout entière détruite.

La face interne est simplement congestionnée. La partie de la paroi thoracique interne, répondant à la cavité, est tapissée par les deux feuillets de la plèvre qui sont adhérents dans toute leur étendue ; à ce niveau, ils sont altérés, sphacelés et recouverts de bourgeons jaunâtres, laissant écouler un liquide sanieux.

La face profonde de l'excavation est également bourgeonnante et présente des débris sphacelés, en partie adhérents et flottant dans la cavité.

La base du poumon est perforée à son tiers moyen, et par cette ouverture, qui intéresse également le diaphragme, l'excavation pulmonaire communique avec celle de la rate.

L'excavation splénique intéresse l'organe dans toute son étendue verticale et se dirige de haut en bas et de dehors en dedans vers l'estomac.

Le péritoine est aussi gangrené à ce niveau et l'excavation splénique communique avec la cavité de l'estomac par une ulcération qui intéresse toutes les couches de cet organe; celui-ci présente un orifice situé sur le bord supérieur du grand cul-de-sac, à 7 centimètres environ de l'orifice cardiaque.

L'estomac est rempli par le même liquide sanieux et infect que nous avons signalé plus haut, l'ouverture de l'excavation se présente sous forme d'un orifice ovalaire, à bords légèrement anfractueux; il reçoit facilement l'index que l'on peut introduire ainsi jusque dans l'excavation pulmonaire.

Le foie, les reins, l'intestin et le cœur ne présentent rien d'anormal.

CONCLUSIONS

1° Il peut exister, dans l'étage supérieur de la cavité abdominale, des collections purulentes enkystées, immédiatement situées sous le diaphragme. Dans certains cas, ces collections contiennent des gaz, et peuvent donner lieu à un ensemble de symptômes qui rappellent le pneumothorax ;

2° Leur étiologie est des plus variées ; on doit dire cependant que les ulcères de l'estomac et du duodénum en sont la cause la plus fréquente ;

3° Leur symptomatologie est souvent obscure ; la lésion péritonéale est alors une trouvaille d'autopsie ; parfois, cependant, elle est assez nette pour permettre de faire le diagnostic ;

4° Les abcès sous-phréniques qui se terminent par résolution sont rares et peu connus ; nous croyons cependant à leur existence. Abandonnés à eux-mêmes, la plupart se terminent par la mort, à moins que l'évacuation spontanée ou chirurgicale du pus ne permette le retrait de la poche purulente et la guérison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Leyden.* — Ueber Pyopneumothorax subphrenicus. Ztschr. f. Klin. Med., I, 1880.
- Barlow.* — London med. Gaz. May 1845.
- Pfuhl.* — Berlin. Klin. Wochnschr., XIV, 5, 1877.
- Senator.* — Charite Annalen, IX, p. 385, 1884.
- Williams.* — Lond. med. Gaz. Dec. 1845.
- Mason.* — Cases of subdiaphragmatic abscess. Boston med. Journ., CXXI, 19, 1889.
- Scheurlen.* — Charite Annalen, XIV, p. 158, 1889.
- Pusinelli.* — Berlin. Klin. Wochnschr., XXIV, p. 362, 1887.
- Herrlich.* — Ueber subphrenische Abscesse. Deutsche.
- Nowack.* — Schmidt's Jahrbücher, n^{os} 10 et 11, 1891.
- Schlesingen.* — Oesten. med. Jahrb., I u. 2, 1878.
- Bernheim.* — Gaz. hebdomadaire, juin 1879, page 387.
- Fischer.* — Arch. f. Klin. Med., XXVII, p. 555.
- Luigi Luciani.* — Delle oscillazioni della pressione intrathoracica et intraabdominale. Torino, 1877.
- Homolle.* — De la tension intrathoracique dans les épanchements pleuraux. Revue mensuelle, III, p. 81, 1879.
- Jaffé.* — Deutsche med. Wochnschr., VII, 10, p. 213, 1881.
- Paetsch.* — Charite Annalen, VII, p. 300, 1882.
- Levison.* — Nord. med. Ark., VIII, 20, 1876; Deutsche med. Wochnschr., IV, p. 32, 1878.
- Eisenlohr.* — Berlin. Klin. Wochnschr., XIV, p. 539, 1877.
- Sänaer.* — Arch. f. Heilkunde, XIX, p. 246, 1878.

- Taylor.* — Cases of abcess between the diaphragme and the liver (2 cas), Guy's Hosp. Rep. 1874.
- Féréol.* — Hépatite suppurée chez un sujet ayant habité l'Algérie. Abscess hépato-péritonéal; opération d'empyème à travers le diaphragme soudé à la paroi costale. Double pleurésie de voisinage. Union médicale, 1875.
- Rendu.* — Collection purulente enkystée entre le foie et le diaphragme; ouverture consécutive dans les bronches; mort; autopsie. Lyon médical, 1875.
- Waters.* — Two cases of perihepatic abscess bursting through the right lung. (Brit. med. Journ., 1877.)
- Starcke.* — Ein Fall von geheiltem subphrenischen Lungenabscess. Charite Annalen, 1882.
- H. Deschamps.* — De la péritonite périhépatique enkystée. Thèse de Paris, 1886.
- Jaccoud.* — Cliniques de la Pitié, 1883-1884. Du faux pyopneumothorax.
- Foix.* — Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen. Thèse de Paris, 1874.
- Ramadan.* — Du Pyopneumothorax sous-phrénique. Thèse de Paris, 1891.
- Glaser.* — Deutsche med. Wochnschr., XI, p. 163, 1885.
- Limbeck.* — Prag. med. Wochnschr., VIII, 23 u. 26, 1883.
- Ewald.* — Charite Annalen, I, p. 159, 1874.
- Ewald.* — Untersuchung zur Gazometrie der Transsudate des Menschen. Arch. f. Anat. u. Physiologic. Abth. II, p. 422, 1876.
- Einhoven.* — Der Donders'sche Durck u. d. Gasspannungen in d. Pleurahöhle. Arch. f. Physiol., XLIV, p. 152, 1889.

- Witzell.* — Verfahren zur Beseitigung d. akuten nach Penetration entstandenen Pneumothorax *Centr. Bl. f. Chir.*, XVII, 28, 1890.
- Landau.* — Ueber subdiaphragmale Echinokokken u. deren Behandlung. *Deutsche med. Wochenschr.*, XII, p. 47, 1886.
- Villaret.* — *Ibid.* (Diskussion.)
- Quincke.* — *Berl. Klin. Wochenschr.*, XXIV, p. 337, 1887; p. 34 q., 1888.
- Bouchaud.* — *Bull. de la Soc. anat.*, p. 309, 1862.
- Cossy.* — *Arch. de méd.* Nov. 1879.
- Wintrich.* — *Virchow's Handb. d. Pathol. u. Therapie. Resp. Org.*, V, p. 358.

Vu : Pour le Doyen, Vu : Le Président de la Thèse,
L'Assesseur, JACCOUD. *LABOULBÈNE.*

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

